

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
N. 59 ACCADIA
SERVIZIO CONSULTORIO FAMILIARE

ASSENSO DEGLI ESERCENTI LA POTESTA'

ALLA CERTIFICAZIONE DEL PROPRIO/A FIGLIO/A COME ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP
AI FINI DELL'ESERCIZIO DEL DIRITTO ALL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA (Art.3, 1° comma L.104/92 –
D.P.R.24/02/1994)

Il sottoscritto.....
in qualità di (relazione di parentela).....

del minore.....
nato a.....il
residente ain Via
tel.....
frequentante la Scuola.....classe.....

ACCONSENTE

che venga attivata la procedura prevista dalla L.104/92 e dal D.P.R. del 24.2.94 relativa alla certificazione
del proprio/a figlio/a come alunno in situazione di handicap ai fini dell'esercizio
del diritto all'integrazione scolastica.

FIRMA

DATA.....